



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

División de Estudios de Posgrado e Investigación

**“FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES
DE LA UMF No. 27 DEL IMSS DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA”**

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

Presenta: Lorena Sánchez Parada

Asesor temático y metodológico: Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta
Médico Familiar adscrito a la UMF No. 27

Director de tesis: Karla María Carmona Murillo

Tijuana, Baja California, Septiembre 2019.

INDICE

Resumen	3
Marco teórico y Antecedentes	4
Justificación	11
Planteamiento del problema	12
Objetivos	13
Hipótesis	14
Material y métodos	15
Diseño del estudio	15
Población de estudio	15
Periodo	15
Lugar de realización del estudio	15
Criterios de selección	16
Selección y tamaño de la muestra	17
Instrumentos	18
Métodos y procedimientos	18
Análisis estadístico	21
Definición conceptual y operacionalización de las variables	22
Aspectos éticos y normativos	26
Bioseguridad	28
Recursos humanos, financiamiento y factibilidad	29
Resultados	30
Discusión	37
Conclusiones	39
Fortalezas y limitaciones	41
Cronograma de actividades	42
Referencias bibliográficas	43
Anexos	46

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Lorena Sánchez Parada

Médico Residente de Tercer grado de Medicina Familiar y Tesista
UMF 27, Tijuana.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98025715

Teléfono: 3335696008 y 6645812540.

Correo electrónico: anerolthais@hotmail.com

Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta

Médico Familiar e Investigador Responsable

UMF 27, Tijuana

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 99266582

Teléfono: 6641305166

Correo electrónico: jesus.gasteluma@imss.gob.mx

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico Familiar e Investigador

UMF 33, Tijuana

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 98020718

Teléfono: 6643298837

Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

Dra. Rosario Amparo Arcos Uribe

Médico Especialista en Psiquiatría

HGR 1, Tijuana

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 99175633

Teléfono: 6643687510

Correo electrónico: aurama@hotmail.com

Dra. Berenice Grajeda González

Médico Especialista en Psiquiatría

HGR 1, Tijuana

Instituto Mexicano del Seguro Social

Matricula: 99024516

Teléfono: 6641889862

Correo electrónico: bere_graj@hotmail.com

Lugar donde se llevará a cabo: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California.

RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS A IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE LA UMF No. 27 DEL IMSS DE TIJUANA, BAJA CALIFORNIA”

***Sánchez-Parada L¹, Gastélum-Acosta JR², Bermúdez-Villapando V.³,
Arcos-Uribe RA⁴, Grajeda-González B⁵***

1. Médico Residente de tercer grado de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California. IMSS
2. Médico especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Baja California. IMSS
3. Médico especialista en Medicina Familiar, Coordinación de educación e investigación en salud UMF 27, Delegación Baja California. IMSS
4. Médico especialista en Psiquiatría, Hospital General Regional No.1, Delegación Baja California. IMSS
5. Médico especialista en Psiquiatría, Hospital General Regional No.1, Delegación Baja California. IMSS

INTRODUCCIÓN: La adolescencia es un periodo marcado por cambios importantes en tres principales áreas del desarrollo: física, cognoscitiva y social. La depresión en la adolescencia está asociada a un mayor riesgo de suicidio. Las tasas de suicidio en adolescentes casi se han triplicado en los últimos 50 años. El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes. La ideación suicida es el primer eslabón de la cadena y un rubro fundamental para la investigación y desarrollo de estrategias de prevención e intervención oportunas.

OBJETIVO GENERAL: Identificar los factores asociados a Ideación Suicida en adolescentes de la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana, Baja California.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, correlacional, prospectivo. Realizado en adolescentes de 12-18 años de edad, de la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California, con un tamaño muestral de 62 pacientes. Se realizaron cuestionarios para identificar los principales factores de riesgo asociados a Ideación Suicida. Se realizó estadística descriptiva; para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar. Se analizaron los resultados con razón de momios para establecer la asociación entre las variables, análisis bivariado con prueba *Ji* cuadrada para las variables cualitativas con un intervalo de confianza al 95% y Regresión logística. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa. Los datos obtenidos se analizaron en el programa SPSS.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida, Adolescencia, Depresión.

MARCO TEÓRICO

Los patrones globales en la mortalidad adolescente han cambiado durante los últimos 20 años, del predominio infeccioso a la etiología social. Cada año aproximadamente 800,000 personas se quitan la vida, además por cada suicidio se llevan a cabo más tentativas de suicidio anual. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Se trata de un fenómeno global que afecta a todas las regiones a nivel mundial.¹

El suicidio se puede definir como “el acto voluntario con resultado fatal con el conocimiento y fin de un cambio deseado”. En la Clasificación Internacional de las Enfermedades Psiquiátricas, se define como la muerte por lesión autoinfligida, deliberadamente iniciada por la persona. La conducta suicida es toda acción dirigida a quitarse la vida, que va desde la intención e ideación hasta el intento. La ideación suicida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como aquellos pensamientos pasivos sobre querer estar muerto o por los pensamientos activos sobre asesinarse a sí mismo, no acompañados de conductas de preparación para ello.²

El suicidio, es un proceso que generalmente transcurre a través de cuatro etapas: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado. Es importante señalar que no necesariamente se tiene que atravesar por todas ellas antes de llegar al suicidio. Sin embargo, la ideación suicida es el primer peldaño por lo que resulta un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención con el fin de estructurar intervenciones oportunas. La Ideación suicida es un síntoma y es el reflejo de un conflicto interno que es el resultado de múltiples factores. Las investigaciones, sea cual sea su orientación principal, sugieren en términos generales una relación entre desesperanza, depresión y diferentes dimensiones del funcionamiento familiar.³

La depresión es una enfermedad frecuente a nivel mundial, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Puede tornarse en un problema de salud muy importante, es especial cuando es de larga duración y de intensidad moderada a grave

además de causar gran sufrimiento, así como, alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los escenarios puede conducir al suicidio. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han experimentado circunstancias vitales adversas, tienen más probabilidades de sufrir depresión.⁴

La depresión aparece en quienes han intentado suicidarse y en quienes manifiestan ideas suicidas. Aquellos jóvenes que cursan con depresión tienen un riesgo mayor para tener pensamientos suicidas y para intentos de suicidio.⁵

La adolescencia es un periodo marcado por una gran cantidad de transiciones en los distintos ámbitos de su desarrollo, biológico, psicológico, cognoscitivo, social, económico y familiar, las cuales implican distintos procesos de adaptación. La familia es el centro primario de socialización infantil y juvenil, por lo que la construcción del comportamiento está relacionada con las características del estilo de paternidad y de la familia. El vínculo paterno-filial se ha asociado tanto a las respuestas cognitivas de los jóvenes como a los eventos vitales negativos y guarda relación con la presencia de síntomas depresivos. Los factores socioeconómicos y los cambios en la estructura familiar también se han asociado con la presencia de depresión en jóvenes. Durante este rango de edad las y los jóvenes están más expuestos a situaciones de vulnerabilidad y riesgo, por ello es factible que puedan adquirir ciertos hábitos dañinos, los cuales causen un detrimento en su estabilidad o desarrollo y que a corto, mediano o largo plazo pueden requerir de intervenciones mayores, pudiendo lograr o no revertir dicho daño. Los problemas de salud tienden a ser muy diferentes de los que se presentan a edades más tempranas, estos suelen cursar, por las características propias de la edad, con una carga psicosocial elevada.⁶

La juventud en la actualidad es más susceptible de experimentar sentimientos de decepción por las contradicciones que enfrenta. En muchas ocasiones ocultan bajo un aspecto de conformidad sentimientos generalizados de agobio e incompreensión ante búsquedas no satisfechas, lo cual puede redundar en problemas depresivos. El

adolescente en la actualidad conlleva una carga estereotípica que se caracteriza por ambivalencia, cambios biológicos y sociales, contradicciones, debilitamiento de valores tradicionales, indecisión ante las responsabilidades que debe asumir, egocentrismo, hedonismo y la búsqueda y redefinición de identidad. Todo ello coloca a la juventud actual en una situación de franca vulnerabilidad ante la falta de oportunidades y áreas para desarrollarse armoniosamente, lo que puede repercutir en su salud emocional.⁷

El sentimiento añadido de desesperanza que surge de las demandas de la vida constituye un pronóstico de riesgo de suicidio incluso con mayor fuerza que la depresión por sí sola. Los suicidas tienen mayores cargas ambientales que sus pares no suicidas. Cuando se unen a la depresión, estas cargas incrementan la probabilidad de suicidio. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. Reducir la pérdida de vidas por suicidio se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental. La Organización Panamericana de la Salud destaca la importancia de la intervención temprana, en lugar de hacerlo más tarde, cuando ya se han adquirido los patrones de conducta que comprometen la salud y posiblemente sea más difícil modificarlos.⁸

Existen instrumentos de tamizaje que nos permiten identificar la Ideación Suicida, tal es el caso de la Escala de Suicidalidad de Okasha, (Okasha, et al., 1981), se trata de un cuestionario autoaplicado formado por 4 ítems, con respuestas en escala tipo Likert. Los tres primeros ítems exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. Las respuestas son referidas a los últimos 12 meses. La sumatoria de estos tres ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte de la ideación suicida para determinar la presencia de intento de suicidio es de 5 puntos, con

una sensibilidad de 90% y una especificidad de 79% (Salvo, et al., 2009), considerando que la escala de suicidalidad resulta un instrumento adecuado para la pesquisa de la intención suicida en los adolescentes. Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.89.⁹

Con respecto al tamizaje para la detección de Depresión existe, en otros muchos instrumentos, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), una de las escalas más utilizadas en el mundo traducida y adaptada a varios idiomas. Se trata de un cuestionario autoadministrable de 20 ítems con puntuación tipo Likert con respuestas de 0 a 3 (0 a 1 día, 1 a 2 días, 3 a 4 días y 5 a 7 días). Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, las respuestas se califican como 0, 1, 2, 3 y se suman para obtener la puntuación total en el instrumento. Fue desarrollado originalmente por el Centro para Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos. Concebida como una medida de exploración para población no clínica, dirigida a detectar casos en alto riesgo de presentar depresión. Análisis comparativos (Gempp et al., 2004) con una muestra clínica indicaron su capacidad de discriminar de manera sensible entre sujetos normales y pacientes depresivos. El punto de corte original de la escala (16 puntos) fue establecido por Rafloff (1977) basándose en el límite inferior del quintil superior de puntuaciones de la población general, aunque la propia autora reconoció que se trataba de un procedimiento relativamente arbitrario para establecer un punto de corte. Un método estadístico apropiado para evaluar la eficacia de una prueba diagnóstica y localizar puntos de corte que optimicen conjuntamente la sensibilidad y especificidad del diagnóstico, es el análisis basado en Curvas de Características Operantes del Receptor (Swets, 1988). Luego de evaluar distintos puntos de corte alternativos (Gempp et al., 2004), se determinó que un valor de 24/25 puntos es capaz de maximizar conjuntamente la sensibilidad (97.7%) y la especificidad (79%) del diagnóstico. Cuenta con un Alfa de Cronbach 0.84 para hombres y 0.89 para mujeres.¹⁰

Para determinar la funcionalidad familiar existe el instrumento denominado APGAR familiar, el cual muestra la percepción sobre la funcionalidad familiar que tiene cada uno de los integrantes de la familia. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco

componentes de la función familiar: A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: Resolución, capacidad resolutive. Está formada por cinco reactivos los cuales responden los miembros de una familia mayores de 15 años. Si la calificación es de 0 a 3 se considera familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional y de 7 a 10 la familia es funcional. Su alfa de Cronbach es de 0.84.¹¹

Existe una escasez de datos epidemiológicos en población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro para guiar a las políticas de salud pública. Un trastorno mental en esta etapa de la vida tiene un costo no sólo por el sufrimiento que se representa para los jóvenes sino también por las secuelas que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta.¹²

La atención de los daños a la salud en este grupo etario representa una importante carga económica y social para el país, reflejada en un elevado costo por concepto de atención curativa, costos indirectos por días no laborados por alguno de los padres o tutores, y en días de ausentismo escolar. El mejoramiento de la detección, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para su prevención.¹³

ANTECEDENTES

Barros dos Santos et al. (2017) realizó una investigación con estudiantes de Brasil (n=637) encontrando que 9.9% tuvieron ideas suicidas en los últimos 30 días. Refiere que la ideación suicida es un elemento fundamental de un proceso denominado comportamiento suicida, que surge como desencadenador de los demás componentes: el intento de suicidio y el suicidio consumado y que es un evento multifactorial.¹⁴

Shaikh MA et al. (2016) realizó un estudio con adolescentes de la República de Malawi donde refiere que el suicidio es una epidemia silenciosa y que se trata de un problema multifacético. Menciona que los pensamientos de suicidio suelen ir acompañados de síntomas de conductas dañinas como la depresión y la ansiedad, que el riesgo de una persona que intenta suicidarse es mayor en el año siguiente al primer intento de suicidio y el factor de riesgo más importante para el suicidio es un intento previo de suicidio.¹⁵

McKinnon B et al. (2016) llevaron a cabo un análisis de datos de una encuesta estandarizada de salud escolar de estudiantes de 13 a 17 años, de 32 países de ingresos bajos y medianos donde reporta que los países de ingresos bajos y medianos albergan a más del 90% de los niños y los jóvenes del mundo y también representan más del 75% de las muertes por suicidio en todo el mundo. Encontró que los principales factores de riesgo para los comportamientos suicidas juveniles son: ser mujer, exposición al acoso y violencia, consumo de alcohol, drogas, los trastornos mentales y la debilidad de las relaciones familiares y de pareja.¹⁶

Wasserman D (2016) realizó un estudio con datos de estudiantes de 14 a 16 años, de 10 países de la Unión Europea en donde se identificaron los denominados grupos de riesgo "invisibles", que no presentaron ningún factor de riesgo externo, pero que obtuvieron resultados positivos en cuanto al uso elevado de Internet, TV y videojuegos, comportamiento sedentario y sueño reducido. La Ideación Suicida estuvo presente en aproximadamente un tercio de la muestra (32.3%), con una prevalencia mayor en mujeres.¹⁷

Peltzer K, et al. (2017) llevaron a cabo una investigación entre estudiantes de 13-15 años en los estados miembros de la Asociación Naciones del Sudeste Asiático, (n=30,284), encontrando como factores asociados con ideación suicida: sexo femenino, edad de 14 a 15 años, vivir en un país de ingreso medio bajo, no tener amigos, la soledad, la victimización bullying, pelea física en los últimos 12 meses, tabaco y antecedente de embriaguez.¹⁸

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 reporta que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes fue de 1.1%, con porcentaje mayor para las mujeres. Asimismo, la conducta suicida se manifestó sobre todo en adolescentes entre 16 y 19 años de edad en 1.9%. La prevalencia de intento de suicidio aumenta en aquellos adolescentes que viven con su pareja, en los que consumen alcohol y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses.¹⁹

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 indica que la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes se incrementó de 1.1% a 2.7. Señala que a temprana edad se manifiesta una conducta de intento de suicidio con 3.5% de los adolescentes entre 13 y 15 años. La prevalencia aumenta en adolescentes sin escolaridad principalmente hombres, mujeres adolescentes casadas, en los que consumen alcohol y en los que sufrieron algún tipo de violencia en los últimos 12 meses.²⁰

Mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Baja California 2006 reporta una prevalencia de intento de suicidio de 2.3% la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Baja California 2012 reporta una prevalencia de 4.1%, reporta además una conducta de intento de suicidio en adolescentes de 5.8%.²¹⁻²²

El comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial con tendencia epidemiológica mundial ascendente en todos los grupos etarios y es considerado como un problema relevante de salud pública. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud.²³

JUSTIFICACIÓN

El comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial con tendencia epidemiológica mundial ascendente en todos los grupos etarios y es considerado como un problema relevante de salud pública. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud.²³

Existe una escasez de datos epidemiológicos en población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro para guiar a las políticas de salud pública. Un trastorno mental en esta etapa de la vida tiene un costo no sólo por el sufrimiento que se representa para los jóvenes sino también por las secuelas que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta.¹²

La atención de los daños a la salud en este grupo etario representa una importante carga económica y social para el país, reflejada en un elevado costo por concepto de atención curativa, costos indirectos por días no laborados por alguno de los padres o tutores, y en días de ausentismo escolar. El mejoramiento de la detección, la remisión y el control del comportamiento suicida son pasos importantes para su prevención.¹³

El propósito de esta investigación fue determinar la situación actual en nuestra comunidad e identificar a las personas vulnerables y en situación de riesgo, así como, entender las circunstancias que influyen en su comportamiento autodestructivo y con ello sentar las bases para estructurar intervenciones oportunas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un grave problema de salud pública, sin embargo, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo costo. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.²

Desde la perspectiva de la salud pública en México, no existe una normativa específica para determinar los mecanismos que lleven a preservar la salud durante esta etapa del desarrollo humano a fin de establecer hábitos y estilos de vida que promuevan que los integrantes del grupo etario, tengan amplios márgenes de seguridad de cursar una vida adulta y una senectud, lo más saludable posible.⁸

El suicidio se encuentra entre las primeras causas de muerte en los países que mantienen su registro estadístico. Sin embargo, es necesario considerar el sub-registro, debido a las dificultades legales y éticas que conlleva el registro oficial y que éste sólo se enfoca en el suicidio consumado, dejando de lado otros tipos de comportamiento suicida. Lo cual se traduce en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real del problema.⁷

La falta de estandarización de criterios para recolectar la información y de programas de vigilancia epidemiológica sobre el suicidio hacen más difícil su conocimiento y registro, lo cual incide de forma negativa en su prevención y tratamiento, lo mismo que en la capacidad para medir su impacto en la sociedad.

Ante tal situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados a Ideación suicida en adolescentes de la UMF No. 27 del IMSS de Tijuana, B. C.?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los factores asociados a Ideación Suicida en adolescentes de la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana, B. C., utilizando la Escala de Suicidalidad de Okasha.

Objetivos específicos:

1. Determinar la relación que existe entre las variables clínicas y la Ideación Suicida, utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
2. Identificar la relación que existe entre las variables sociodemográficas y la Ideación Suicida, utilizando la información recabada en la hoja de datos del adolescente encuestado.
3. Investigar la relación que existe entre las variables familiares y la Ideación suicida, utilizando el APGAR familiar.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo (Hi):

La Ideación Suicida en adolescentes de la UMF No. 27 de Tijuana, Baja California, se encuentra asociada a factores sociodemográficos, clínicos y familiares.

Hipótesis nula (H0):

La Ideación Suicida en adolescentes de la UMF No. 27 de Tijuana, Baja California, no se encuentra asociada a factores sociodemográficos, clínicos y familiares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características del lugar donde se llevó a cabo el estudio:

El estudio de investigación que se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California, unidad urbana de primer nivel de atención. Boulevard Gustavo Díaz Ordaz S/N, KM 11.5 Carretera Antigua a Tecate, Col. La Mesa Tijuana, B.C. Cuenta con rutas de transporte urbano, automóvil, bicicleta o cualquier medio de transporte terrestre.

Diseño y tipo de estudio:

- a) **Diseño:** Observacional, Transversal, Correlacional, Prospectivo.
- b) **Tipo de estudio:** Estudio correlacional.
- c) **Tipo de investigación:** Clínica.
- d) **Lugar de estudio:** Unidad de Medicina Familiar No.27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tijuana, B.C.
- e) **Periodo de estudio:** el estudio se realizó en el periodo comprendido entre Enero y Mayo de 2019.
- f) **Población de estudio:** Adolescentes de 12-18 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Universo de trabajo:

Adolescentes de 12-18 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No.27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes de 12-18 años de edad, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, en la ciudad de Tijuana, Baja California.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que realizaron asentimiento informado con padres o tutores que firmaron consentimiento informado.

Criterios de exclusion:

- Adolescentes con patología neurológica o condición que impedía la comprensión de los instrumentos.

Criterios de eliminación:

- Encuestas o información incompleta

Variables:

Variable dependiente:

- Ideación Suicida

Variables independientes:

- **Sociodemográficas:** Edad, Sexo, Escolaridad, Ocupación, Estado civil, Existencia de hijos, Número de hijos, Horas de TV por día, Horas de Videojuegos por día, Horas Internet por día.
- **Clínicas:** Patologías orgánicas, Patologías por aparatos y sistemas, Consumo de tabaco, Número de cigarros por día, Consumo de alcohol, Frecuencia de consumo de alcohol, Embriaguez, Consumo de drogas, Tipo de drogas consumidas, Frecuencia de consumo de drogas, Depresión.
- **Familiares:** Funcionalidad familiar.

Tamaño de la muestra:

Formula de tamaño de muestra para Población Finita.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de la población.

Z α = Distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades. Aceptando un poder del 95%. (Z α = 1.96)

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reporta una prevalencia a nivel nacional de Conducta Suicida de 3.5% (0.035).

q: Sujetos que no tienen la variable en estudio (1- p = 0.965)

δ: Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar: 0.05

Poder (1-β) %	Valor Z	Nivel de significancia (α)	
		Una cola	Dos colas
99.0	2.33	0.01	0.02
97.5	1.96	0.025	0.05
95.0	1.64	0.05	0.1
90.0	1.28	0.1	0.2
85.0	1.04	0.15	0.3
80.0	0.84	0.2	0.4
75.0	0.67	0.25	0.5
70.0	0.52	0.3	0.6
60.0	0.25	0.4	0.8

Despeje de la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = \frac{(45,373) (1.96)^2 (0.035) (0.965)}{(0.05)^2 (45,373 - 1) + (1.96)^2 (0.035) (0.965)} = \frac{5,887.4}{113.5597} = 51.84 \rightarrow 52$$

N = 52 pacientes

Tamaño de la muestra= 52 + 20% por pérdidas de datos= **62 pacientes.**

Tipo de muestreo:

No probabilístico: por casos consecutivos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se solicitó la evaluación del Comité Médico Local de Investigación para su aprobación y la autorización al director de la unidad médica para su desarrollo operativo. Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, correlacional, prospectivo, que se realizó en la Unidad de Medicina Familiar N°27, del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en Ciudad de Tijuana, Baja California, en el periodo de Enero a Mayo de 2019.

Se incluyeron 62 adolescentes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron a la unidad, que aceptaron participar en el estudio y que realizaron asentimiento informado con padres o tutores que firmaron consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con patología neurológica o condición que impedía la comprensión de los instrumentos. Se eliminaron las encuestas incompletas.

Se encuestó a los pacientes que se encontraron en la sala de espera que acudieron a cualquier servicio de la unidad, la primera encuesta realizada fue la Escala de Suicidalidad de Okasha, (Okasha, et al., 1981), se trata de un cuestionario autoaplicado formado por 4 ítems, con respuestas en escala tipo Likert. Los tres primeros ítems exploran ideación suicida y el cuarto consulta sobre intento de suicidio. Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. Las respuestas son referidas a los últimos 12 meses. La sumatoria de estos tres ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte de la ideación suicida para determinar la presencia de intento de suicidio fue de 5 puntos, con una sensibilidad de 90% y una especificidad de 79% (Salvo, et al., 2009), considerando que la escala de suicidalidad resulta un instrumento adecuado para la pesquisa de la intención suicida en los adolescentes. Cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.89.⁹

Posteriormente se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), una de las escalas más utilizadas en el mundo traducida y adaptada a varios idiomas. Se trata de un cuestionario autoadministrable de 20 ítems con puntuación tipo Likert con respuestas de 0 a 3 (0 a 1 día, 1 a 2 días, 3 a 4 días y 5 a 7 días). Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, las respuestas se califican como 0, 1, 2, 3 y se suman para obtener la puntuación total en el instrumento. Fue desarrollado originalmente por el Centro para Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos. Concebida como una medida de exploración para población no clínica, dirigida a detectar casos en alto riesgo de presentar depresión. Análisis comparativos (Gempp et al., 2004) con una muestra clínica indicaron su capacidad de discriminar de manera sensible entre sujetos normales y pacientes depresivos. El punto de corte original de la escala (16 puntos) fue establecido por Rafloff (1977) basándose en el límite inferior del quintil superior de puntuaciones de la población general, aunque la propia autora reconoció que se trataba de un procedimiento relativamente arbitrario para establecer un punto de corte. Un método estadístico apropiado para evaluar la eficacia de una prueba diagnóstica y localizar puntos de corte que optimicen conjuntamente la sensibilidad y especificidad del diagnóstico, es el análisis basado en Curvas de Características Operantes del Receptor (Swets, 1988). Luego de evaluar distintos puntos de corte alternativos (Gempp et al., 2004), se determinó que un valor de 24/25 puntos es capaz de maximizar conjuntamente la sensibilidad (97.7%) y la especificidad (79%) del diagnóstico. Cuenta con un Alfa de Cronbach 0.84 para hombres y 0.89 para mujeres.¹⁰

Para determinar la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento APGAR familiar, el cual muestra la percepción sobre la funcionalidad familiar que tiene cada uno de los integrantes de la familia. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: Resolución, capacidad resolutive. Está formada por cinco reactivos los cuales responden los miembros de una familia mayores de 15 años. Si la calificación es de 0 a 3 se considera familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional y de 7 a 10 la familia es funcional. Su alfa de Cronbach es de 0.84.¹¹

Finalmente se obtuvo el resto de las variables clínicas y sociodemográficas mediante la Hoja de datos que el investigador principal realizó, solicitando al paciente la información para la obtención de las mismas.

Inmediatamente después se procedió a evaluar los resultados de la prueba de la Escala de Suicidalidad de Okasha, así como la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), para determinar los casos que resultaron positivos a cada una de las pruebas, dando a conocer los resultados a los padres y/o tutores y explicándoles el procedimiento a seguir con indicación de signos de alarma.

Los adolescentes detectados con Ideación Suicida fueron enviados de forma inmediata al Servicio de Atención Médica Continua de la UMF No. 27 para su referencia al Hospital General Regional No.1 al servicio de Urgencias donde se realizó una valoración.

En los adolescentes con Depresión, sin Ideación Suicida, se realizó envío a la consulta externa de Medicina Familiar, para su valoración y manejo.

Los adolescentes detectados con toxicomanías positivas fueron canalizados a la consulta de Medicina Familiar y Trabajo Social para valoración, asesoría y manejo.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos se integraron a las hojas de recolección de datos y se analizaron mediante el programa SPSS versión 20 en español. Se realizó estadística descriptiva; para variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y desviación estándar. Se determinó la existencia de Ideación Suicida por medio de la Escala de Suicidalidad de Okasha y la prevalencia de Depresión por medio de los resultados obtenidos con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), así mismo se determinó si existe funcionalidad familiar por medio del APGAR familiar. Se analizaron los resultados con razón de momios para establecer la asociación entre las variables, análisis bivariado con prueba *Ji* cuadrada para las variables cualitativas con un intervalo de confianza al 95% y Regresión logística. Los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficas. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
IDEACIÓN SUICIDA	La idea suicida consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia. Sin planeamiento de acción. Con un método inespecífico o no determinado. Con un método específico pero no planificado. Con Plan suicida.	Se utilizó la Escala de Suicidalidad de Okasha para Ideación Suicida, la cual consta de 4 ítems con respuestas en escala tipo Likert, cuyo puntaje puede oscilar entre 0 y 12 puntos, tomando como punto de corte un puntaje de 5.	Cualitativa Nominal dicotómica	1.Paciente con Ideación Suicida 2.Paciente sin Ideación Suicida

Variables independientes

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Fueron los años cumplidos expresados por el sujeto al momento de la recolección de datos.	Cuantitativa Discreta	Años
Sexo	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Se definió el género a partir de las características fenotípicas del sujeto en estudio al momento de la recolección de datos.	Cualitativa Nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Escolaridad	El nivel máximo de estudios de una persona.	Se definió con base a lo expresado por el sujeto al momento de la recolección de datos, tomando en cuenta el último año de estudios para considerarlo en el mismo.	Cualitativa nominal politómica	1.Primaria 2.Secundaria 3.Preparatoria o Técnica 4.Universidad 5.Ninguna
Ocupación	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente	Se definió con base a lo expresado por el paciente al momento de la recolección de datos, se dividió en cuatro grupos: empleado con remuneración por sus servicios, estudiante inscrito en un plantel educativo, que realice ambas tareas o ninguna.	Cualitativa nominal politómica	1.Estudiante 2.Trabajador 3.Estudante y Trabajador 4.Sin Ocupación (No estudiante y no trabajador)

Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se definió con base a lo expresado por el sujeto al momento de la recolección de datos, para fines del estudio se incluyeron cinco estados civiles: soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo.	Cualitativa nominal politómica	1.Soltero 2.Casado 3.Unión libre 4.Divorciado 5.Viudo
Existencia de hijos	Descendiente en primer grado de una persona; el vínculo familiar entre un ser humano y su padre o madre. Adoptivo. El que por autorización y ficción legal adquiere cierto estado de derecho cerca de una persona, que ocupa para él el lugar del padre.	Se definió como existencia de hijos a aquellos descendientes, adoptados o hijos de la pareja que estaban a cargo del paciente en cuestión.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Con hijos 2.Sin hijos
Número de hijos	Cantidad de descendientes en primer grado de una persona, hijos adoptivos o que por autorización y ficción legal adquiere cierto estado de derecho cerca de una persona, que ocupa para él el lugar del padre.	Se definió como el número de hijos a aquellos descendientes, adoptados o hijos de la pareja que estaban a cargo del paciente en cuestión.	Cuantitativa discreta	Número de hijos
Horas TV por día	Tiempo en horas dedicadas a estar jugando videojuegos	Tiempo en horas dedicadas a estar jugando videojuegos.	Cuantitativa discreta	Horas por día
Horas Videojuegos por día	Tiempo en horas dedicadas a estar viendo televisión.	Tiempo en horas dedicadas a estar viendo televisión.	Cuantitativa discreta	Horas por día
Horas Internet por día	Tiempo en horas dedicadas al uso de Internet en sus diferentes modalidades incluyendo redes sociales que no están relacionadas con actividades escolares o laborales.	Tiempo en horas dedicadas al uso de Internet en sus diferentes modalidades incluyendo redes sociales que no estaban relacionadas con actividades escolares o laborales.	Cuantitativa discreta	Horas por día
Patologías orgánicas	Trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan.	Se definió como patología orgánica a toda aquella afectación a la salud del paciente.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Si 2.No

Patología por aparatos y sistemas	Trastornos anatómicos y fisiológicos de tejidos y órganos específicos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan.	Se definió como la patología orgánica confinada a un aparato o sistema específico.	Cualitativa nominal politómica	1.Respiratoria 2.Metabólica 3.Infecciosa 4.Cardiopatía 5.Gastropatía 6.Nefropatía 7.Autoinmune 8.Dermatológica 9.Hematológica 10.Oncológica 11.Otra 12.Ninguna
Consumo de Tabaco	Adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes activos: la nicotina.	Se definió como el consumo de tabaco de forma periódica o crónica.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Si 2.No
Número de cigarros por día	Cantidad de cigarros que un sujeto fuma en un día.	Se definió como la cantidad de cigarros fumados por día.	Cuantitativa Continua	Número de cigarros por día
Consumo de Alcohol	Ingesta periódica o crónica de bebidas etílicas que una persona declara haber consumido.	Se definió como la ingesta periódica o crónica de bebidas etílicas.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Si 2.No
Frecuencia de consumo de alcohol	Ingesta de bebidas etílicas que una persona declara haber consumido en un determinado periodo de tiempo.	Se definió como la cantidad de veces por mes que se ingiere algún tipo de bebida etílica.	Cualitativa nominal politómica	1.Una vez por mes 2.Dos veces por mes 3.Tres veces por mes 4.Cuatro o más veces por mes 5.Nunca
Embriaguez	Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de bebidas etílicas caracterizado por un deseo o compulsión de seguir consumiéndolo (dependencia psíquica).	Se definió como la ingesta periódica o crónica de bebidas etílicas, que conlleven al individuo a un estado de embriaguez.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Si 2.No
Consumo de Drogas	Ingesta periódica o crónica de algún tipo de estupefaciente que una persona declara haber consumido.	Se definió como la ingesta de periódica o crónica de cualquier estupefaciente.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Si 2.No

Tipo de drogas consumidas	Ingesta periódica o crónica de cualquier tipo de droga: depresoras, estimulantes, alucinógenas o psicoactivas, que una persona declara haber consumido.	Se definió como la ingesta de algún tipo de estupefaciente.	Cualitativa nominal politómica	1.Cannabis 2.Cocaína 3.Cristal 4.Anfetaminas 5.Otras drogas sintéticas 6.Ninguna
Frecuencia de Consumo De Drogas	Ingesta de algún tipo de estupefaciente que una persona declara haber consumido en un determinado periodo de tiempo.	Se definió como la cantidad de veces por mes que se ingiere algún tipo de estupefaciente.	Cualitativa nominal politómica	1.Una vez por mes 2.Dos veces por mes 3.Tres veces por mes 4.Cuatro o más veces por mes 5.Nunca
Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Se utilizó la Escala de Depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D), la cual consta de 20 ítems, con respuestas en escala tipo Likert, cuyo respuestas se calificaron como 0, 1, 2, 3 y se sumaron para obtener la puntuación total, tomando como punto de corte un puntaje de 24/25.	Cualitativa nominal dicotómica	1.Paciente con Depresión 2.Paciente sin Depresión
Horas Internet por día	Tiempo en horas dedicadas al uso de Internet en sus diferentes modalidades incluyendo redes sociales que no están relacionadas con actividades escolares o laborales.	Tiempo en horas dedicadas al uso de Internet en sus diferentes modalidades incluyendo redes sociales que no estaban relacionadas con actividades escolares o laborales.	Cuantitativa discreta	Horas por día
Funcionalidad familiar	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa además que deben cumplir con las funciones básicas familiares y que la pareja no esté en lucha constante.	Se determinó la funcionalidad familiar aplicando el instrumento APGAR familiar. Se consideró familia disfuncional de 0-3 puntos, familia moderadamente disfuncional de 4-6 puntos y familia funcional de 7-10 puntos.	Cualitativa nominal politómica	1. Familia funcional. 2. Familia moderadamente disfuncional. 3.Familia disfuncional

ASPECTOS ÉTICOS Y NORMATIVOS

Este trabajo respetó los aspectos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki; así como con la carta de Ottawa emitida en 1986 con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud.

En la carta de Ottawa se describe: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.

La carta de Bangkok del 2005, refiere que las intervenciones se orienten no sólo hacia la prevención de la enfermedad, sino también para tratar de incidir en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud.

El principio de autonomía se respetó ya que las personas entrevistadas, decidieron libremente si participaban o no mediante la aceptación con el consentimiento informado junto con asentimiento informado para menores de edad y pudieron auto excluirse en el momento que ellos decidan.

El proyecto estuvo apegado a lo establecido por el Comité de Investigación Local y Coordinación de Educación e Investigación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su Artículo 17, se clasifican los estudios de Investigación con riesgo mínimo a: “Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento

profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros”.

Por lo tanto el presente estudio se clasificó como Investigación de Riesgo Mínimo, ya que éste estudio fue una investigación donde se trabajó con datos clínicos y aplicación de pruebas psicológicas de tamizaje, todo lo anterior según el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se respetó en todo momento la confidencialidad del paciente.

Los documentos que conformaron la base de datos fueron manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tuvieron acceso a ellos, el investigador principal fue el encargado de la recolección de datos, así como del resguardo de los mismos.

Dado que se aplicaron encuestas y se manejaron datos personales, fue necesario solicitar carta de asentimiento y consentimiento informado.

Los adolescentes detectados con Ideación Suicida fueron enviados de forma inmediata al Servicio de Atención Médica Continua de la UMF No. 27 para su referencia al Hospital General Regional No.1 al servicio de Urgencias donde se realizó una valoración. En los adolescentes con Depresión, sin Ideación Suicida, se realizó envío a la consulta externa de Medicina Familiar, para su valoración y manejo. En ambos casos se dieron a conocer los resultados a los padres y/o tutores, explicándoles detalladamente el procedimiento a seguir con indicación de signos de alarma. Los adolescentes detectados con toxicomanías positivas fueron canalizados a la consulta de Medicina Familiar y Trabajo Social para valoración, asesoría y manejo.

BIOSEGURIDAD

El presente protocolo no utilizó pruebas, ni muestras que comprometieran la bioseguridad del paciente.

No se utilizaron pruebas tales como: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con medicamentos, ensayos con nuevos dispositivos, procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre, amniocentesis ni otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que emplearan métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos o que tuvieran control con placebos, entre otros, que comprometieran la Bioseguridad del paciente.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

Fue factible realizar el estudio, se contó con los recursos humanos, físicos y materiales; necesarios para ello, así como cinco investigadores dispuestos a realizar el proyecto.

Recursos humanos:

- Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta. Investigador responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Dra. Lorena Sánchez Parada. Investigador principal, quien realizó el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.
- Dra. Vanessa Bermúdez Villalpando. Investigador Colaborador, quien fue responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo.
- Dra. Rosario Amparo Arcos Uribe. Investigador Colaborador, quien brindó asesoría en el transcurso del estudio y dio seguimiento a los casos detectados.
- Dra. Berenice Grajeda González. Investigador Colaborador, quien brindó asesoría en el transcurso del estudio y dio seguimiento a los casos detectados.

Recursos financieros:

El financiamiento fue provisto por el investigador principal.

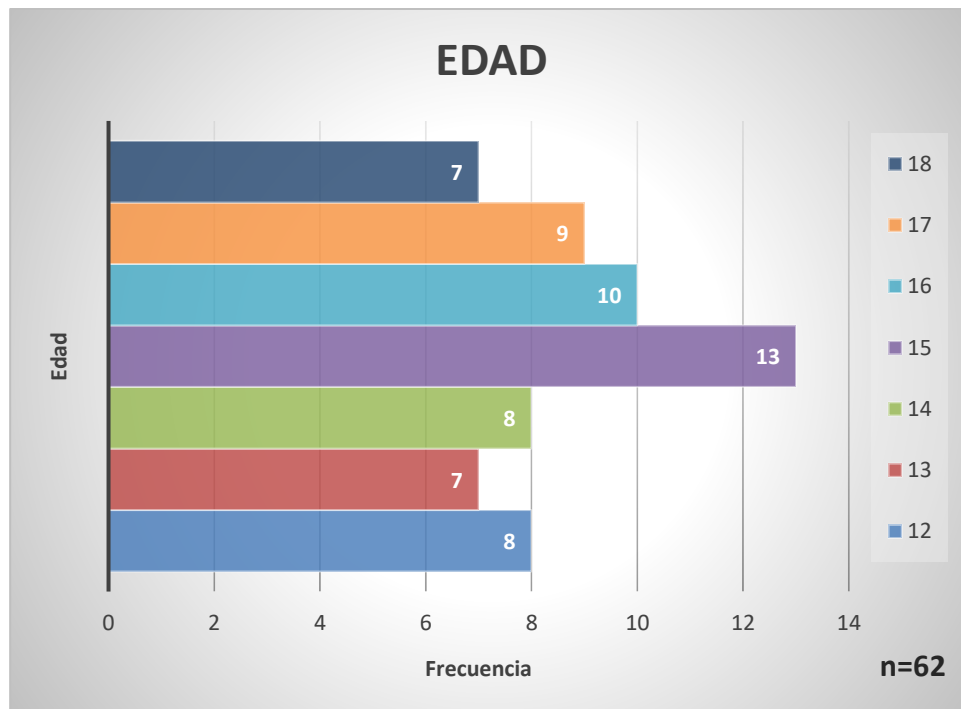
RESULTADOS

Se aplicaron 62 encuestas a adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS, en Tijuana, Baja California, con la autorización previa del consentimiento y asentimiento informado por parte del padre o tutor y del adolescente respectivamente, las cuales fueron completamente llenadas.

De los 62 adolescentes encuestados, 45 (72.6%) de ellos fueron mujeres y 17 (27.4%) hombres.

Se encuestaron adolescentes de entre 12 y 18 años, la edad promedio fue de 15.05 $\pm$ 1.885 años, la distribución por grupo de edad se observa en la gráfica de la Figura 1.

Figura 1. Adolescentes encuestados por grupo de edad.



La distribución por edad en los adolescentes encuestados, así como los casos de Depresión e Ideación Suicida encontrados se describen a continuación:

Tabla 1. Distribución por edad de adolescentes encuestados y casos de Depresión e Ideación Suicida encontrados

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DEPRESIÓN	I. SUICIDA
12	8	12.9	1	-
13	7	11.3	1	1
14	8	12.9	1	-
15	13	21.0	1	2
16	10	16.1	1	1
17	9	14.5	-	-
18	7	11.3	-	-
TOTAL	62	100	5	4

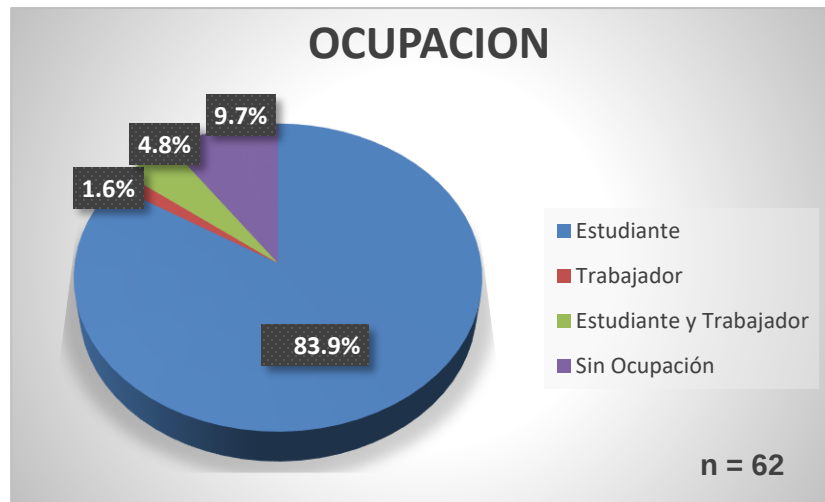
Respecto a la escolaridad no se encontraron adolescentes con escolaridad nula, se encontró un predominio en cuanto a la educación secundaria, quedando la distribución como se especifica a continuación:

Tabla 2. Frecuencia de escolaridad en adolescentes encuestados

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	3	4.8
Secundaria	37	59.7
Bachillerato/Carrera Técnica	22	35.5
TOTAL	62	100

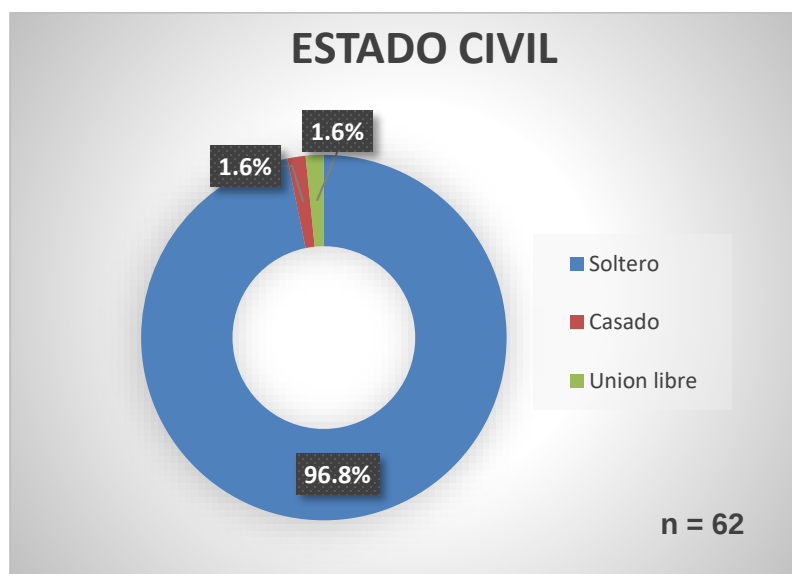
En cuanto a la ocupación se encontraron 6 adolescentes (9.7%) que no estudian ni trabajan y el resto con la distribución que se presenta en la siguiente figura:

Figura 2. Frecuencia de ocupación en adolescentes encuestados



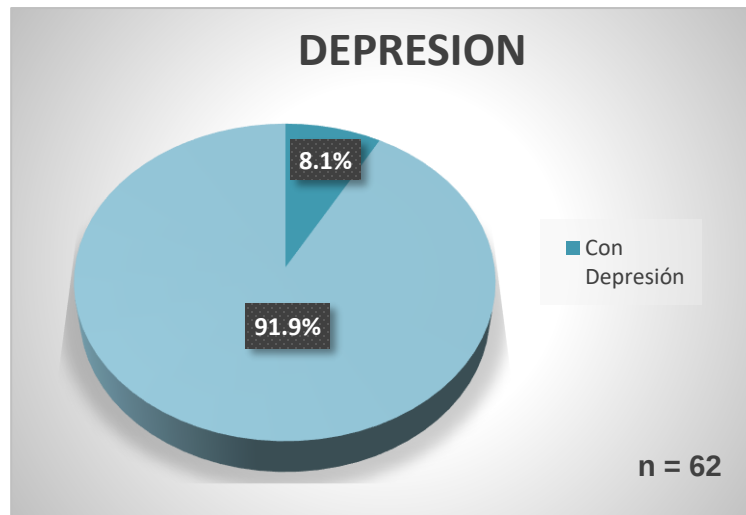
Respecto al estado civil se encontró que la mayoría, 60 adolescentes (96.8%) fueron solteros, 1 adolescente (1.6%) casado y 1 adolescente (1.6%) en unión libre.

Figura 3. Frecuencia de Estado civil en adolescentes encuestados



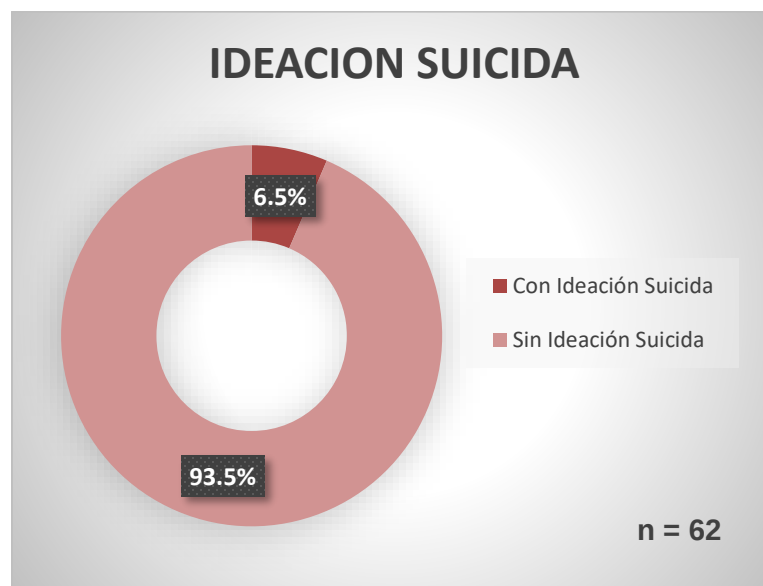
Derivado la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), se encontraron 5 (8.1%) adolescentes con Depresión.

Figura 4. Frecuencia de Depresión en adolescentes encuestados



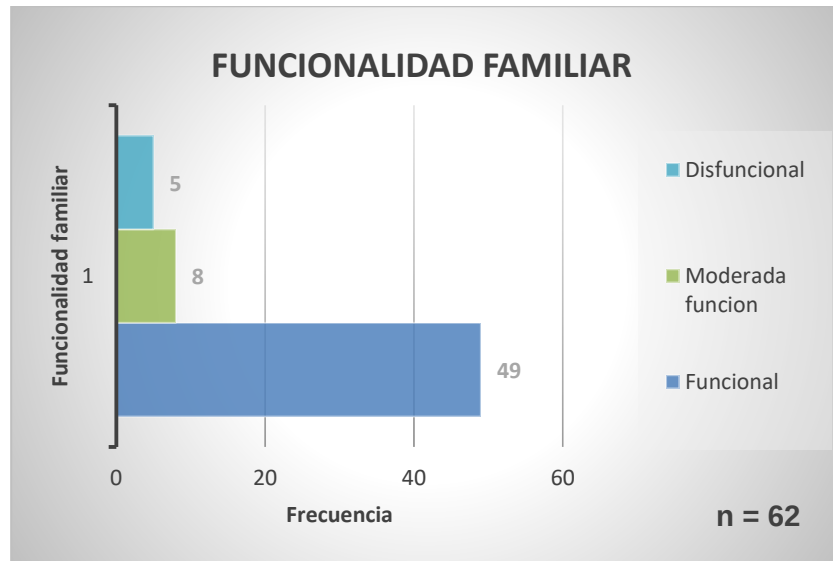
De las puntuaciones obtenidas mediante la aplicación de la Escala de Suicidalidad de Okasha, se encontraron 4 (6.5%) adolescentes con Ideación Suicida.

Figura 5. Frecuencia de Ideación Suicida en adolescentes encuestados



Mediante la aplicación del APGAR familiar, se determinó la Funcionalidad familiar, predominando la familia funcional en un 79%, seguida de la familia moderadamente funcional con un 12.9% y finalmente la familia disfuncional con un 8.1%.

Figura 6. Frecuencia de Funcionalidad familiar en pacientes encuestados



Se encontró una importante asociación entre la Depresión y la Ideación Suicida con una proporción del 75% de adolescentes con depresión dentro del grupo que presentó Ideación Suicida, con un valor de 25.839, $p=0.000$, OR 84 (IC 5.836-1208.95)

Tabla 3. Asociación entre Depresión e Ideación Suicida

Escala CES-D			Escala Okasha		Total
			Con Ideación Suicida	Sin Ideación Suicida	
Depresión	Con depresión	Recuento	3	2	5
		% dentro de Ideación Suicida	75.0%	3.4%	8.1%
	Sin depresión	Recuento	1	56	57
		% dentro de Ideación Suicida	25.0%	96.6%	91.9%
Total		Recuento	4	58	62
		% dentro de Ideación Suicida	100.0%	100.0%	100.0%

En cuanto a la Funcionalidad familiar se encontró una proporción del 50% de familias disfuncionales dentro del grupo con Ideación Suicida, con un valor de 10.142, $p=0.001$, OR 0.055 (IC 0.006-0.533).

Tabla 4. Asociación entre Funcionalidad familiar e Ideación Suicida

APGAR FAMILIAR			Escala Okasha		Total
			Con Ideación Suicida	Sin Ideación Suicida	
Funcionalidad familiar	Familia funcional	Recuento	1	48	49
		% dentro de Ideación Suicida	25.0%	82.7%	79.0%
	Familia moderadamente funcional	Recuento	1	7	8
		% dentro de Ideación Suicida	25.0%	12.1%	12.9%
	Familia disfuncional	Recuento	2	3	5
		% dentro de Ideación Suicida	50.0%	5.2%	8.1%
Total		Recuento	4	58	62
		% dentro de Ideación Suicida	100.0%	100.0%	100.0%

Los factores sociodemográficos, clínicos y familiares en asociación con la Ideación Suicida se describen a continuación:

FACTORES	CHI-CUADRADO DE PEARSON	p	OR
Depresión	25.839	0.000	84
Consumo de drogas	14.738	0.000	-
Horas de TV/día	23.799	0.005	-
Horas de VJ/día	18.645	0.045	-
Funcionalidad familiar	10.142	0.001	0.055

La variable Horas de TV/día registró una media de 2.0645 ± 1.818 horas, con un mínimo de 0 horas y un máximo de 10 horas. La variable Horas VJ/día tuvo un promedio de 1.3427 ± 2.133 horas con un valor mínimo de 0 horas y un máximo de 12 horas.

Luego de la aplicación del modelo de regresión logística se encontró que la principal variable asociada a Ideación Suicida fue la Depresión con un valor de riesgo $B=3.837$ con un Error típico= 1.466 , $p=0.009$ y un OR multivariado 46.368 (IC $2.622-820.1$). El Consumo de drogas presentó un riesgo $B=40192.96$ y la Funcionalidad familiar un riesgo $B=5.293$, sin embargo, estas últimas no fueron estadísticamente significativas para el cálculo de este modelo.

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Consumo de Drogas	19.919	40192.969	.000	1	1.000	447230799.410	.000	.
Depresión	3.837	1.466	6.851	1	.009	46.368	2.622	820.100
Funcionalidad familiar	1.666	1.835	.825	1	.364	5.293	.145	192.939
Constante	-21.203	40192.969	.000	1	1.000	.000		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: ConsumodeDrogas, Depresión, FuncionalidadBinaria.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Okasha, nos indican una prevalencia de Ideación Suicida de un 6.5%.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Baja California 2012, reportó un incremento en la prevalencia de las conductas suicidas de casi el 100% con respecto al 2006, dicho incremento se ve reflejado de la misma forma en los resultados a nivel nacional. Por su parte, Barros dos Santos et al. encontraron un 9.9% de ideación suicida en su investigación. El resultado obtenido a partir de nuestra muestra es un reflejo de la tendencia ascendente compatible con dichos resultados.

Los casos detectados con ideación suicida en nuestra muestra fueron en las edades de 13, 15 y 16 años, con predominio en la edad de 15 años, similar a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señalando dicha conducta a temprana edad en adolescentes entre 13 y 15 años, así como en los resultados de Peltzer K. et al. quienes reportan un predominio de Ideación Suicida en adolescentes de 14 y 15 años.

McKinnon B. et al. dentro de los factores de riesgo para los comportamientos suicidas reportó la debilidad de las relaciones familiares y el consumo de drogas al igual que en nuestra muestra al encontrar una asociación con dichos factores en resultados preliminares.

Por su parte Wasserman D. obtuvo resultados positivos en cuanto al uso elevado de internet, televisión y videojuegos entre otros factores, en nuestra muestra se encontró una asociación con las horas de televisión por día y las horas de videojuegos por día.

Derivado de los resultados que obtuvimos de la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), encontramos una prevalencia de Depresión del 8.1%.

La Organización Mundial de la Salud reporta a la depresión como un importante problema de salud a nivel mundial con tendencia ascendente representando un riesgo mayor para el desarrollo de pensamientos suicidas. De igual forma en nuestro estudio se encontró a la Depresión como principal factor asociado a la Ideación Suicida.

Así mismo, Shaikh MA et al. mencionan el acompañamiento de los pensamientos suicidas de la mano de conductas dañinas como depresión y ansiedad, así como el antecedente de intentos de suicidio previos. En nuestro estudio encontramos que un 50% de los casos positivos de Ideación Suicida reportaron intentos de suicidio previos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y la Organización Mundial de la Salud de entre los factores de riesgo para las conductas suicidas consideran un predominio en el sexo femenino, la nula escolaridad y adolescentes que viven con pareja. En nuestra muestra no se encontraron adolescentes con escolaridad nula, predominó la escolaridad secundaria en un 59.7% y los casos positivos de Ideación Suicida y Depresión fueron adolescentes sin pareja, en cuanto al género, la muestra contó con un predominio de mujeres en un 72.6%, ninguno de estos aspectos resultó con asociación positiva.

En el aspecto de la Ocupación se pretendió explorar este rubro y su posible asociación, resultando un predominio de estudiantes del 83.9% y solo el 1.6% de adolescentes que no estudian ni trabajan, no encontrándose tampoco este elemento como factor asociado a Ideación Suicida.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia derivados del estudio en nuestra unidad médica son compatibles no solo con el rango de resultados de otros estudios sino también con la tendencia ascendente que vienen reportando las Encuestas y Organizaciones nacionales e internacionales, sin embargo, nuestro estudio nos proporcionó un resultado específico de la prevalencia en nuestra población.

Al ser nuestro objetivo el indagar respecto a los factores asociados a Ideación Suicida característicos de nuestra población, encontramos algunas diferencias respecto a lo reportado, debido a que son múltiples los estudios que han intentado definir dichos factores y cada uno se centra en las características de su población, es de esperarse que algunos factores predominen y otros se descarten, en el caso particular de nuestra población los factores que tuvieron asociación con la Ideación Suicida fueron: Depresión, Disfunción familiar, Consumo de drogas, Horas de televisión por día, Horas de Videojuegos por día, siendo la Depresión la variable con mayor asociación a Ideación Suicida.

En cuanto a los instrumentos utilizados concluimos que son herramientas muy útiles por su fácil aplicación y orientación diagnóstica, sin embargo, se trata de instrumentos de tamizaje muy valiosos que nos orientan al diagnóstico y que aunque de ninguna manera sustituyen la valoración y diagnóstico por parte del especialista, si nos marcaron la pauta para derivar a los pacientes que realmente lo necesitaban a la realización de una valoración más específica por parte del psiquiatra quien llevó a cabo el descarte, confirmación o complementación diagnóstica.

Cabe mencionar la gran disposición por parte de los adolescentes a participar en la evaluación de su salud emocional, mostrándose mucho más participativos e interesados en la información que se les otorgaba que muchos de los padres o tutores, a quienes se les observó más renuentes a participar en la valoración y sobre todo en el seguimiento por parte del especialista.

Si bien los resultados obtenidos nos brindaron una caracterización más específica acerca de las conductas suicidas en nuestra unidad, consideramos que este estudio nos arroja la evidente necesidad de trabajar con nuestra población adolescente, pudiendo generar programas de tamizaje continuos, haciendo énfasis en factores específicos, considerándolos incluso como parte esencial en las áreas de medicina preventiva, en las cuáles pudieran aplicarse los instrumentos ya que por su fácil aplicación y rápida forma de evaluación, marcarían la pauta para derivar a una valoración médica en los casos detectados y con ello lograr identificar oportunamente, desde el primer eslabón de la cadena, a las conductas suicidas y a la par generar conciencia y sobre todo difundir entre los jóvenes las opciones que tienen para el manejo de situaciones emocionales por las que pudieran estar pasando ellos o sus pares adolescentes logrando con ello atacar los desenlaces fatales de esta patología hoy por hoy en constante aumento.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Dentro de las principales fortalezas de nuestro estudio están el haber contado con la participación expedita y dispuesta por parte del área de Psiquiatría, quienes brindaron la asesoría continua en el desarrollo de estudio y el apoyo constante en la valoración, diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

Cabe mencionar que se brindó manejo prioritario a los pacientes para con ello alentar a su manejo y seguimiento oportunos.

Consideramos que dentro de las limitantes de nuestro estudio se encontraron el haber tenido una muestra limitada al cálculo, ya que, aunque se contó con una muestra calculada acorde a la población de la unidad y conforme a la prevalencia reportada, esta resultó relativamente pequeña.

Por otro lado, encontramos limitaciones propias del instrumento, refiriéndonos a ciertas frases, palabras o instrucciones que resultaban confusas o con necesidad de interpretación para algunos encuestados, mismas que en su momento fueron aclaradas, sin embargo, se haría necesario clarificar al máximo dichos aspectos en el caso de que a futuro se manejara como un instrumento cien por ciento autoaplicable en áreas donde no se contara con personal médico en primera instancia.

Otra de las limitantes fue el no haber previsto la renuencia por parte de los padres o tutores al seguimiento de sus hijos, ya que, a pesar de haber contado con la mayor disponibilidad y apoyo por parte de la especialidad de Psiquiatría para la atención de los casos positivos y su respectivo seguimiento, fueron los padres o tutores quienes en repetidas ocasiones subestimaron y postergaron la atención ofrecida a sus hijos, sin embargo, en un futuro seguimiento podrían considerarse estrategias que contrarrestaran esta limitante.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Abr/17 Oct/17	Nov/17 Nov/18	Dic/18	Ene/19 May/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19
Planteamiento del proyecto	X						
Redacción del proyecto		X					
Autorización del proyecto			X				
Desarrollo del proyecto				X			
Análisis de resultados					X		
Reporte final						X	
Entrega de la investigación							X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Internet] Agosto 2017. Consultado el: 05 de Octubre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
2. Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL, Sarmiento-López JC. Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. Aquichan 2016; 16 (4): 473-486.
3. Eguiluz-Romo L, Ayala-Mira M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. Psicología Iberoamericana 2014; 22 (2): 72-80.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio Recurso para Consejeros. Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias Trastornos Mentales y Cerebrales. OMS. [Internet] Ginebra. 2006. Consultado el: 25 de Marzo 2018. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
5. Fraijo-Sing BS, Cuamba-Osorio N, Corral-Verdugo V, et al. Factores psicosociales asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes. PSICUMEX 2012; 1 (1): 41-55.
6. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-047-SSA2-2014, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. Diario Oficial. [Internet] Julio 2014. Consultado el: 25 de Marzo 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/proyecto-de-norma-oficial-mexicana-proy-nom-047-ssa2-2014-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad-132474?state=published>
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet] Febrero 2017. Consultado el: 26 de Marzo 2018. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

8. Cubillas-rodríguez MJ, Román-Pérez R, Valdez EA, et al. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental* 2012; 35 (1): 45-50.
9. Salvo-G L, Melipillán-A R, Castro S. Andrea. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (1): 16-23.
10. Gempp-Fuentealba R, Avendaño-Bravo C, Muñoz-Urrutia C. Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica* 2004; 22 (2): 145-156.
11. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, et al. El médico familiar y sus herramientas. *Revista Médica MD* 2015; 6 (4): 294-299.
12. Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G, et al. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes. México 2007-2016. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud. [Internet] México. Consultado el: 25 de Marzo 2018. Disponible en: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
13. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. CENSIA. Promoción de la Salud mental en adolescentes. [Internet] México 2017. Consultado el: 27 de Agosto 2017. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/adolescencia/interm_adolescencia.html
14. Barros-Dosantos HG, Reschetti-Marcon S, Martinez-Espinosa M, et al. Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2017; 25: 1-8.
15. Shaikh MA, Lloyd J, Acquah E, et al. Suicide attempts and behavioral correlates among a nationally representative sample of school-attending adolescents in the Republic of Malawi. *BMC Public Health* 2016; 16: 843.

16. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, et al. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2016; 94: 340-350.
17. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatr Pol* 2016; 50 (6): 1093-1107.
18. Peltzer K, Pengpid S. Suicidal ideation and associated factors among students aged 13–15 years in Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) member states, 2007–2013. *International Journal of psychiatry in clinical practice* 2017; 21 (3): 201-208.
19. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [Internet] México, 2006. Consultado el: 27 de Agosto 2017. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/658-resultados-de-nutricion-de-la-ensanut-2006.html>
20. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [Internet] México, 2012. Consultado el: 27 de Agosto 2017. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>
21. ENSANUT Baja California. [Internet] México, 2006. Consultado el: 05 de Octubre 2017. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/660-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2006-ensanutf-2006.html>
22. ENSANUT Baja California. [Internet] México, 2012. Consultado el: 05 de Octubre 2017. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3057-ensanut2012-resultados-entidad-federativa.html>
23. Salud para la Infancia y la Adolescencia. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Primera edición. Secretaría de Salud. [Internet] México, 2014. Consultado el: 25 de Marzo 2018. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/descargas/transparencia/especiales/PA_E_Salud_para_la_Infancia_y_la_Adolescencia.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Factores asociados a Ideación Suicida en adolescentes de la UMF No.27 del IMSS en Tijuana, Baja California”
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.
Número de registro:	(Pendiente)
Justificación y objetivo del estudio:	El periodo de la adolescencia forma parte del crecimiento de las personas. Es un periodo que involucra cambios para adaptarse a nuevas situaciones por lo cual es vulnerable, pudiendo presentarse alteraciones en su estado de ánimo o en su percepción de su problemática diaria. Es por ello que el objetivo de esta investigación es: Identificar los factores que se encuentran asociados a ideas relacionadas con el suicidio y la depresión en adolescentes de la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana, B. C. con el propósito de brindar un manejo oportuno.
Procedimientos:	Se solicita su autorización para aplicarle a su hijo(a) tres encuestas: la primera para conocer si existe la presencia de ideas relacionadas con el suicidio, la segunda para identificar síntomas relacionados con depresión y la tercera para identificar como percibe el funcionamiento de su familia. Posteriormente se le solicitarán datos generales como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, existencia de hijos, número de hijos, horas de televisión por día, horas de videojuegos por día, horas Internet por día, enfermedades diagnosticadas e información sobre consumo de tabaco, alcohol o drogas.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo es mínimo para la salud de su hijo(a), ya que solamente se le aplicarán encuestas y se le solicitarán los datos generales arriba descritos.
Posibles beneficios al participar:	Identificar adolescentes con ideas relacionadas con el suicidio y la depresión que se encuentren en situación de riesgo, con lo que se podrán adoptar acciones preventivas y de tratamiento, de las cuales podría beneficiarse su hijo en caso necesario.
Información sobre resultados y alternativas:	El investigador principal le dará a conocer los resultados de las pruebas que se le realicen a su hijo(a), explicándole detalladamente el procedimiento a seguir en caso de que su hijo(a) se encuentre en situación de riesgo. Los adolescentes detectados con ideas relacionadas con el suicidio serán enviados al Servicio de Atención Médica Continua de la UMF No. 27 para su referencia al Hospital General Regional No.1 al servicio de Urgencias donde se realizará una valoración. En los adolescentes con Depresión, sin ideas relacionadas al suicidio, se realizará envío a la consulta externa de Medicina Familiar, para su valoración y manejo. Los adolescentes detectados con toxicomanías positivas serán canalizados a la consulta de Medicina Familiar y Trabajo Social para valoración, asesoría y manejo.
Participación o retiro:	Usted que conserva el derecho de retirar a su hijo(a) del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su relación con el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable no se identificará a su hijo(a) en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El investigador responsable se compromete a informarme acerca de las alternativas y en realizar el envío al servicio correspondiente, en caso de ser necesario, para obtener un manejo oportuno.
Beneficios al término del estudio:	El beneficio del estudio consistirá en identificar los factores de riesgo y obtener un manejo oportuno.
Investigador Responsable:	Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta. Médico especialista en Medicina Familiar Matrícula: 99266582 Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo: jesus.gasteluma@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dra. Lorena Sánchez Parada Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar. Matrícula: 98025715 Unidad de Medicina Familiar No.27 Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: anerothais@hotmail.com Dra. Vanessa Bermúdez Villalpando Médico especialista en Medicina Familiar Matrícula: 98020718 Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx Dra. Rosario Amparo Arcos Uribe Médico especialista en Psiquiatría Matrícula: 99175633 Hospital General Regional No.1, Tijuana Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: aurama@hotmail.com Dra. Berenice Grajeda González Médico especialista en Psiquiatría Matrícula: 99024516 Hospital General Regional No.1, Tijuana Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: bere_graj@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto o tutor	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo #1 Nombre, dirección y firma	_____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 2. CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN		
Nombre del estudio:	Factores asociados a Ideación Suicida en adolescentes de la UMF No.27 del IMSS en Tijuana, Baja California”	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.	
Número de registro:	(Pendiente)	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar los factores asociados a ideas relacionadas con el suicidio y la depresión que tú u otros adolescentes de la UMF No. 27 del IMSS en Tijuana, B. C. pudieran presentar y que representaran un riesgo para su salud, con el propósito de brindar un manejo oportuno.	
Procedimientos:	Se me ha explicado que se me realizarán tres encuestas: la primera para conocer si existe la presencia de ideas relacionadas con el suicidio, la segunda para identificar síntomas relacionados con depresión y la tercera para identificar como percibo el funcionamiento de mi familia. Posteriormente se me solicitarán datos generales como: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, existencia de hijos, número de hijos, horas de televisión por día, horas de videojuegos por día, horas Internet por día, enfermedades diagnosticadas e información sobre consumo de tabaco, alcohol o drogas.	
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que representa un riesgo mínimo para mi salud, ya que solamente se me aplicarán encuestas y se me solicitarán los datos generales arriba descritos.	
Posibles beneficios al participar:	Se me ha explicado que se pretende identificar a los adolescentes con ideas relacionadas con el suicidio y la depresión que se encuentren en situación de riesgo, con lo que se podrán adoptar acciones preventivas y de tratamiento, de las cuales podría beneficiarme en caso de requerirlo.	
Información sobre resultados y alternativas:	Se me ha explicado que se me informará, tanto a mí como a mis padres o tutores, los resultados de esta investigación y que con ello se podrán adoptar acciones preventivas y de tratamiento adecuadas para beneficio de mi salud.	
Participación/retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el Instituto.	
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable no me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial	
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar los factores de riesgo y obtener un manejo oportuno.	
Investigador Responsable:	Dr. Jesús Roberto Gastélum Acosta. Médico especialista en Medicina Familiar Matrícula: 99266582 Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo: jesus.gasteluma@imss.gob.mx	

Colaboradores:	Dra. Lorena Sánchez Parada Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar. Matrícula: 98025715 Unidad de Medicina Familiar No.27 Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: anerolthais@hotmail.com Dra. Vanessa Bermúdez Villalpando Médico especialista en Medicina Familiar Matrícula: 98020718 Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana, BC Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx Dra. Rosario Amparo Arcos Uribe Médico especialista en Psiquiatría Matrícula: 99175633 Hospital General Regional No.1, Tijuana Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: aurama@hotmail.com Dra. Berenice Grajeda González Médico especialista en Psiquiatría Matrícula: 99024516 Hospital General Regional No.1, Tijuana Instituto Mexicano del Seguro Social Correo: bere_graj@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Declaratoria: “Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio se discutirá conmigo.

“Acepto participar en la investigación”

Nombre _____ Firma _____ Huella dactilar _____

Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado al menor de edad la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que él o ella entienden en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que el menor de edad ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



NOMBRE (Iniciales): _____ NO. AFILIACIÓN: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ (Años cumplidos) SEXO: 1) Hombre _____ 2) Mujer _____

1. ESCOLARIDAD:

- 1) Primaria..... _____
- 2) Secundaria..... _____
- 3) Preparatoria/Carrera técnica... _____
- 4) Universidad..... _____
- 5) Ninguna..... _____

2. OCUPACION:

- 1) Estudiante..... _____
- 2) Trabajador..... _____
- 3) Estudiante y trabajador..... _____
- 4) Sin Ocupación:
No estudiante, No trabajador _____

3. ESTADO CIVIL:

- 1) Soltero..... _____
- 2) Casado..... _____
- 3) Unión libre..... _____
- 4) Divorciado..... _____
- 5) Viudo..... _____

4. EXISTENCIA DE HIJOS: 1) SI _____ 2) NO _____

5. NÚMERO DE HIJOS: _____ hijos

6. HORAS DE TELEVISIÓN POR DÍA: _____ horas/día

7. HORAS VIDEOJUEGOS POR DÍA: _____ horas/día

8. HORAS DE INTERNET POR DÍA: _____ horas/día

9. PATOLOGÍAS ORGÁNICAS: 1) SI _____ 2) NO _____

10. PATOLOGIAS POR APARATOS Y SISTEMAS

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1) Respiratoria _____ | 7) Autoinmunes _____ |
| 2) Metabólica _____ | 8) Dermatológica _____ |
| 3) Infecciosa _____ | 9) Hematológica _____ |
| 4) Cardiopatía _____ | 10) Oncológica _____ |
| 5) Gastropatía _____ | 11) Otra _____ |
| 6) Nefropatía _____ | 12) Ninguna _____ |

11. CONSUMO DE TABACO: 1) SI _____ 2) NO _____

12. NÚMERO DE CIGARROS POR DIA: _____

13. CONSUMO DE ALCOHOL: 1) SI _____ 2) NO _____

14. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL:

- 1) Una vez por mes..... _____
- 2) Dos veces por mes..... _____
- 3) Tres veces por mes..... _____
- 4) Cuatro o más veces por mes... _____
- 5) Nunca..... _____

15. EMBRIAGUEZ: 1) SI _____ 2) NO _____

16. CONSUMO DE DROGAS: 1) SI _____ 2) NO _____

17. TIPO DE DROGAS CONSUMIDAS:

- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| 1) Cannabis..... _____ | 4) Anfetaminas..... _____ |
| 2) Cocaína..... _____ | 5) Otras drogas sintéticas..... _____ |
| 3) Cristal..... _____ | 6) Ninguna..... _____ |

18. FRECUENCIA DE CONSUMO DE DROGAS:

- 1) Una vez por mes..... _____
- 2) Dos veces por mes..... _____
- 3) Tres veces por mes..... _____
- 4) Cuatro o más veces por mes... _____
- 5) Nunca..... _____

19. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

- 1) Familiar Funcional..... _____
- 2) Familia Moderadamente disfuncional.... _____
- 3) Familia Disfuncional..... _____

20. IDEACIÓN SUICIDA: 1) Con Ideación Suicida _____ 2) Sin Ideación Suicida _____

21. DEPRESION: 1) Con Depresión _____ 2) Sin Depresión _____

ANEXO 4. Escala de Suicidalidad de Okasha

ESCALA DE SUICIDALIDAD DE OKASHA

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	Nunca	0
	Casi nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	Nunca	0
	Casi Nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	Nunca	0
	Casi Nunca	1
	Algunas veces	2
	Muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	Ningún intento	0
	Un intento	1
	Dos intentos	2
	Tres o más intentos	3

La sumatoria total puede oscilar entre 0 y 12 puntos.

El punto de corte de la ideación suicida para determinar la presencia de intento de suicidio es de 5 puntos.

Derivación asistida a equipo de salud mental con puntaje igual o mayor a 5 .
A mayor puntuación mayor gravedad.

ANEXO 5. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)



ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)					
Durante cuántos días de la última semana...		0-1	1-2	3-4	5-7
1	Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.				
2	No sentía ganas de comer, tenía mal apetito.				
3	Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, ni con la ayuda de mi familia y amigos.				
4	Sentía que yo era tan bueno como cualquier otra persona.				
5	Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
6	Me sentía deprimido.				
7	Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8	Me sentía optimista sobre el futuro.				
9	Pensé que mi vida había sido un fracaso.				
10	Me sentía con miedo.				
11	Mi sueño era inquieto.				
12	Estaba contento.				
13	Hablé menos de lo usual.				
14	Me sentí solo.				
15	La gente no era amistosa.				
16	Disfruté de la vida.				
17	Pasé ratos llorando.				
18	Me sentí triste.				
19	Sentía que no le caía bien a la gente.				
20	No tenía ganas de hacer nada.				

ANEXO 6. APGAR Familiar

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

Calificación: de 0 a 3 familia disfuncional; 4 a 6 moderada disfuncional familiar; 7 a 10 familia funcional. A: Adaptabilidad, P: Participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: Afecto, R: resolución. Fuente: Huerta J. Medicina familiar. 1era edición. México. Ed. Alfíl. 2005.